

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 8

LA
TUBERCULISATION
DE LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Novembre 1922

PAR

Roger-Jean-Antoine FARGES

Né à Saint-Ybard (Corrèze), le 4 mai 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur	Président.
		G. DUBREUIL, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé.)	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

THÈSE
POUR LE DOCTORAT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 8

LA
TUBERCULISATION
DE LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Novembre 1922

PAR

Roger-Jean-Antoine FARGES

Né à Saint-Ybard (Corrèze), le 4 mai 1894



Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur	<i>Président.</i>
		G. DUBREUIL, professeur	<i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé	
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	Clinique gynécologique...	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS
Clinique d'accouchements.	VILLAR.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	CRUCHET.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie.....	RIVIERE.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	LE DANTEC
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	W. DUBREUILH
Physiologie.....	PICQUE.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	MOURE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	AUCHE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Chimie.....	VERGER.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Botanique et matière médicale.....	BERGONIE.		
Pharmacie.....	CHELLE.		
Zoologie et parasitologie..	BEILLE.		
Médecine expérimentale..	DUPOUY.		
Clinique ophtalmologique..	MANDOUL.		
	FERRE.		
	LAGRANGE.		

MM. PRINCETEAU — GUYOT — LABAT — CARLES — PETGES

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie.	N. et N.	Médecine générale.....	LEURET.
Histologie.....	LACOSTE, chargé.		DUPERIE.
Physiologie.....	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique....	MURATET.	Maladies mentales.....	MICHELEAU
Parasitologie et Sciences naturelles.....	R. SIGALAS, chargé.		PERRENS.
Physique biologique et médicale.....	N...	Médecine légale.....	LANDE.
Chimie biologique et médi- cale.....	RECHOU.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
	N...		DUVERGER
Médecine générale.....	MAURIAC.		PAPIN.
		Obstétrique.....	PERY.
		Ophtalmologie.....	FAUGERE.
		Pharmacie.....	TEULIERES
			N.

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIÉ
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.....	CARLES
— — de médecine opératoire.....	VENOT
— — d'accouchements.....	FAUGERE.
— — d'ophtalmologie	CABANNES.
— — de puériculture.....	ANDERODIAS.
— — de démonstrations et de préparations pharmaceutiques.....	LAFAT.
— — de chimie	RANGIER.
— — de vénéréologie.....	PETGES.
— — de pathologie interne.....	CREYX.
— — d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexes de prothèse et rééducation professionnelle.....	ROCHER.
	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR AURÉGAN

MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ NAVALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET
D'ORTHOPÉDIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. H. ROCHER

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE D'ORTHOPÉDIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A NOS JUGES

INTRODUCTION

Dans un service d'orthopédie les luxations congénitales de la hanche sont d'observation courante. Très rarement, peut-être même d'une façon exceptionnelle, il est donné d'observer leur tuberculisation. Malgré cet argument statistique l'apparition possible du facteur tuberculose mérite d'être retenue.

Un exemple illustrera cette proposition.

Soit une luxation congénitale non réduite. Des accidents inflammatoires chroniques sont à peu près inséparables de son évolution. Ils se manifestent subjectivement par des crises douloureuses et par des craquements à la palpation. C'est à ce moment dit Broca qu'il devient parfois difficile de déterminer s'il s'agit d'arthrite chronique ou d'une coxo-tuberculose se développant sur l'articulation luxée. Il est évident que le diagnostic précoce est très important; d'une part en effet le pronostic va changer du tout au tout, d'autre part le traitement est radicalement différent, toute tentative de réduction étant désastreuse en cas de coxalgie surajoutée.

Aussi bien nous a-t-il paru intéressant de publier les observations détaillées de deux enfants atteints de luxation congénitale tuberculisée. L'un était hospitalisé dans le service de

M. le professeur Denucé, l'autre dans le service de M. le professeur agrégé Rocher.

Nous ne ferons pas l'historique de la question, la plupart des observations étant trop brèves et étudiées d'une façon insuffisante. En se basant sur les plus récents travaux (Chauvenet) il semble qu'on puisse conserver dix-sept observations. Nos deux cas portent donc à dix-neuf le nombre des cas connus.

NOS OBSERVATIONS

Observation I. — (*inédite*).

Service de M. le Professeur Denucé
Luxation congénitale bilatérale. Coxalgie gauche

Marie C. 13 ans, entre à l'hôpital des Enfants dans le Service de M. le professeur Denucé, le 24 décembre 1920 pour luxation congénitale double de la hanche.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont sans grand intérêt. Père âgé de 46 ans, santé délicate. Mère, 46 ans, en bonne santé. Un frère de 21 ans et trois sœurs âgées respectivement de 12 ans, six ans et un an.

Antécédents personnels. — Les renseignements manquent. L'enfant nous déclare qu'elle n'a jamais été malade, en dehors de l'affection qui l'amène actuellement à l'hôpital. Elle aurait fait tardivement¹ ses premiers pas, et dès le début on aurait remarqué le dandinement caractéristique de la luxation congénitale double.

Depuis un an au moins, cette jeune fille est devenue tout à fait impotente. La marche éveille une douleur très vive dans la hanche gauche. L'enfant doit s'asseoir, puis s'étendre sur une chaise longue. Cette douleur est d'intensité variable; elle ne trouble pas le sommeil. Depuis quelques jours cependant la malade garde le lit une partie de la journée.

Etat actuel (3 janvier 1921). — On constate sur l'enfant debout une

1. Il n'a pas été possible de savoir à quel âge l'enfant avait commencé à marcher.

asymétrie marquée des deux hanches. Le grand trochanter du côté droit fait une saillie volumineuse. Le périnée est élargi, l'appui se fait sur le membre inférieur droit. On constate de l'adduction des membres inférieurs associée à de la rotation interne. Les cuisses sont fléchies sur le bassin, il y a de l'antéversion du bassin et de la lordose compensatrice. Les fesses sont aplaties.

Faisons marcher l'enfant; nous sommes frappés par l'élasticité du tronc à chaque appui sur le membre inférieur droit. Du côté gauche la hanche semble figée et l'enfant, par un mouvement de rotation, lance en avant le bassin du côté malade. Les genoux se choquent; les condyles fémoraux, après avoir pris contact par leur pôle interne, passent alternativement l'un devant l'autre.

On observe une ascension du grand trochanter de six centimètres du côté droit et de trois centimètres du côté gauche. L'hypotonie des muscles fessiers est très marquée à gauche. Notre diagnostic va se préciser par la recherche des signes physiques dans le décubitus horizontal.

La malade se présente cuisses fléchies, genoux en adduction et rotation interne. L'axe du bassin est oblique en bas et à gauche. Le triangle de Scarpa est creux des deux côtés. Le doigts déprimant les parties molles sous les vaisseaux fémoraux s'enfoncent profondément. Le signe du puits est donc positif des deux côtés. Cette manœuvre est douloureuse à gauche. Du même côté, la racine de la cuisse est augmentée de volume, mais l'infiltration est plus accusée à la base du triangle de Scarpa. Le toucher rectal explorant la paroi pelvienne de l'acétabulum décèle des douleurs assez précises mais pas d'empatement à ce niveau.

Nous avons déjà signalé l'attitude en adduction des deux membres inférieurs. Toute tentative de correction est infructueuse du côté gauche. Le membre est fléchi à 90 degrés.

Dans le décubitus ventral on remarque que l'angle de la taille est très accusé à droite. La fesse gauche est plus aplatie que la droite. Le sillon interfessier est oblique de haut en bas et de gauche à droite. Le pli sous-fessier droit est très marqué et surélevé par rapport au pli sous-fessier gauche qui a presque complètement disparu.

La malade couchée en décubitus latéral, on recherche le signe de

l'hyper-rotation interne : cette manœuvre positive du côté droit est très douloureuse à gauche et surtout très limitée. Dans la même attitude la tête est recherchée du côté droit, explorée dans la fosse iliaque externe par le palper ti-digital qui décèle un col assez facilement accessible et de longueur normale.

6 janvier. — L'examen de l'enfant est renouvelé. Les mêmes signes cliniques se retrouvent. En position debout le pli de l'aîne gauche est effacé, le membre inférieur gauche est toujours en adduction, le pied en équinisme.

Examen radiographique. On pratique une première radiographie en décubitus dorsal. Incidence antéro-postérieure, l'ampoule est centrée sur la symphyse pubienne.

On constate une énorme ascension des fémurs par rapport aux cavités cotyloïdes. Il n'y a pas d'antéverson des têtes fémorales, et le col des deux côtés apparaît dans ses plus grandes dimensions. La rupture de l'ogive cervico-obturatrice traduit une luxation congénitale bilatérale.

A droite, cotyle rudimentaire déshabité. La tête fémorale est régulière, mais atrophiée et se loge dans un néo-cotyle situé dans la fosse iliaque externe. L'interligne est net; il n'y a pas de décalcification, la diaphyse fémorale est normale.

A gauche, les mêmes signes de luxation congénitale, les surfaces articulaires sont décalcifiées. On ne note pas de destructions osseuses importantes, mais les contours de la tête fémorale sont irréguliers.

Une deuxième radiographie de la hanche gauche a été prise et permet une description plus détaillée des lésions. L'usure du néo-cotyle s'opère vers le haut. L'extrémité fémorale présente au voisinage de son pôle supérieur, une zone irrégulière en rapport avec un processus d'ostéite. Le col est normal et fait avec la diaphyse un angle de 130 degrés. Le fémur est grêle; on note une atrophie de la diaphyse en épaisseur avec diminution de la zone d'os compact et augmentation de la zone médullaire. La radiographie confirme donc les données de la clinique.

13 janvier. — Correction de l'attitude sous anesthésie, appareil plâtré, immobilisant la hanche et le genou gauche.

4 Juillet 1921. — Ablation d'appareil. Nous constatons à ce moment les symptômes suivants : du côté droit signes habituels de luxa-

tion congénitale, saillie du grand trochanter, signe du puits. Mouvement de piston. Tête en position haute et appuyée dans la fosse iliaque externe, hyper-rotation interne. Abduction difficile.

Le membre inférieur gauche se présente en rotation externe appuyé sur le plan du lit. La peau est squameuse, sillonnée dans la zone articulaire de la hanche d'un lacs veineux. La racine du membre est globuleuse, les masses musculaires ont fondu, mais l'atrophie est masquée par une adipose sous-cutanée compensatrice. La recherche des ganglions iliaques reste négative.

Phénomènes douloureux spontanés nuls. Mais la pression directe sous les vaisseaux réveille une douleur précise au niveau du cotyle déshabité. Il en est de même de la rotation interne que la main imprime au membre inférieur en pratiquant la manœuvre de la clef, mais la pression sur le talon demeure négative.

La recherche des abcès est infructueuse. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement nouveau.

Les mouvements spontanés sont nuls. Les mouvements provoqués se limitent à une flexion de très faible amplitude, alors que l'abduction, l'adduction et l'extension des membres sont impossibles. Nous recherchons l'hyper-rotation interne en extension; alors que du côté droit il est possible d'imprimer sans effort une rotation telle que le condyle interne repose sur le plan du lit, la même manœuvre demeure impossible à gauche, elle détermine une contracture musculaire réflexe du droit antérieur et n'a d'autre résultat que de réveiller une douleur intense.

Le genou gauche est en genu recurvatum. L'articulation tibio-tarsienne est normale, on remarque une lordose lombaire très accusée avec scoliose lombaire gauche et dorsale droite.

Mensuration. — Epine iliaque antérieure et supérieure à malléole interne : M. I. D. = 74,5; M. I. G. = 74,5.

La circonférence à dix centimètres au-dessous de la base de la rotule à droite, 32 centimètres; à gauche 28 centimètres.

L'impression générale est que l'amélioration est très appréciable et en particulier que le premier appareil a eu comme conséquence de corriger l'attitude vicieuse.

7 juillet 1921, nouvel appareil;

24 janvier 1922, ablation d'appareil.

La pression au niveau du coty le déshabité n'est plus douloureuse. La radio montre une image analogue à celle que nous avons interprétée plus haut, avec une tendance cependant assez marquée à la récalcification.

L'appareil a été renouvelé au mois de juillet 1922. Situation sans changement.

L'état général est resté satisfaisant; l'examen ne décèle pas d'autres lésions tuberculeuses en évolution.

Observation II (*inédite*)

recueilli dans le service

de M. le Professeur Agrégé L. Rocher

Luxation congénitale bi-latérale — coxalgie gauche.

Gabrielle E... six ans. Entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Agrégé Rocher le 1^{er} septembre 1921. Cette enfant est amenée parce qu'elle boite et souffre depuis quelque temps de la hanche gauche. On n'a pas pu recueillir de renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels.

Nous apprenons seulement que l'enfant a toujours boité et que la marche est devenue douloureuse depuis quelques mois. Ce symptôme ne devait pas être très alarmant puisque le pharmacien seul a été consulté. Le traitement prescrit, bains et frictions, n'a amené bien entendu aucune amélioration.

Etat actuel le 1^{er} septembre 1921. — Le membre inférieur gauche est en adduction et rotation externe. L'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est surélevée. La racine de la cuisse est augmentée de volume et sur la tuméfaction du triangle de Scarpa que l'on remarque à la simple inspection, courent quelques veinosités. La tête fémorale est luxée dans la fosse iliaque externe. Le grand trochanter est très remonté par rapport à la ligne de Nelaton.

Les mouvements actifs sont nuls. Les mouvements passifs sont très limités en tous sens, plus particulièrement pour l'abduction, mais il

ne sont pas douloureux. L'atrophie musculaire est marquée; la mensuration du périmètre de chaque cuisse donne 31 centimètres du côté gauche, 32 centimètres à droite. Les muscles sont flasques, plus particulièrement le grand fessier. On constate du côté gauche, une volumineuse adénopathie iliaque. La recherche des abcès est négative. A droite nous observons les signes cliniques habituels de la luxation congénitale non compliquée.

Examen pendant la marche. — L'enfant évite de s'appuyer sur la jambe gauche. Elle présente du côté droit la démarche habituelle des luxés congénitaux de la hanche. Le temps d'appui sur le membre inférieur gauche est très limité, d'où résulte une arythmie caractéristique.

On porte à ce moment le diagnostic de luxation congénitale double, se compliquant à gauche d'une coxalgie. L'enfant est mise en extension continue.

26 octobre 1921. — Les symptômes persistent et s'affirment. On constate une augmentation de volume antéro-postérieure très marquée de la racine de la cuisse gauche. La palpation du triangle de Scarpa est douloureuse.

Examen des mouvements. — Mouvements spontanés nuls, mouvements provoqués très limités. On arrive avec patience à imprimer à l'articulation de la hanche gauche quelques mouvements de flexion. L'attitude vicieuse est à peu près corrigée. Les mouvements du genou et de l'articulation tibio-tarsienne sont normaux. Du côté droit, pas de changement.

Interprétation radiographique. — Côté droit : On trouve une cavité cotyloïde malformée au niveau du sourcil cotyloïdien et déshabitée. La tête est remontée dans la fosse iliaque externe. Le noyau de la tête est aplati; le col est court et trapu en coxa-valga angle d'inclinaison d'environ 150 degrés. Il y a antétorsion manifeste de l'extrémité supérieure du fémur.

Du côté gauche la cavité cotyloïde présente à sa partie supérieure une destruction osseuse plus prononcée que du côté droit. Au niveau du sourcil cotyloïdien apparaît une zone de raréfaction osseuse du volume et de la forme d'une petite fraise. Cette plage claire est en continuité avec l'articulation par son pôle externe, mais sur les autres

parties de son pourtour elle est entourée d'un liseré plus foncé que ne l'est l'os iliaque normal. Le fond du néo-cotyle est estompé, flou. La tête fémorale est détruite dans sa moitié interne, ainsi que la portion correspondante du col du fémur. Celui-ci est non seulement court, mais diminué dans ses dimensions transversales. Au point de vue de sa largeur il mesure environ un quart de moins que du côté opposé. La ligne du cartilage du conjugaison est moins nette que du côté droit. La portion inférieure du cotyle vrai est non seulement déshabillée, mais elle présente une perte de substance importante au niveau de la zone qui avoisine le toit. La distance qui sépare la tête fémorale du néo-cotyle est de 6 à 7 millimètres du côté droit, mais seulement de 3 millimètres du côté gauche. Ce pincement de l'interligne est dû indiscutablement à des lésions du revêtement cartilagineux de la tête fémorale. Celui-ci est détruit ou très diminué dans son épaisseur et cela dans une grande étendue de sa surface. Après avoir interprété la radiographie on complète l'étude clinique; les ganglions de la fosse iliaque interne ont diminué de volume. Le toucher rectal est négatif des deux côtés.

7 novembre 1921. — On immobilise dans un plâtre pelvi-pédieux mettant le membre en rectitude et corrigeant la rotation externe d'environ 45 degrés (durée de l'appareil 6 mois).

1^{er} décembre 1921. — On enlève l'appareil. On constate une hydarthrose au niveau du genou gauche. Les ganglions sont augmentés de volume dans le triangle de Scarpa et la main perçoit un ganglion dans la fosse iliaque interne, assez volumineux.

10 mars 1922. — Immobilisation dans un plâtre pelvi-pédieux, membre en rectitude, rotation externe corrigée.

25 juillet. — Rotation externe accentuée du membre inférieur gauche qui s'est reproduite très rapidement après l'ablation du troisième appareil. Raccourcissement du membre : 2 centimètres. Atrophie de la musculature de la cuisse et de la jambe. Le genou est légèrement enraid. Empâtement de l'articulation coxo-fémorale gauche. Le grand trochanter se trouve au voisinage d'une ligne passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure. La fosse iliaque externe présente un empâtement assez marqué. Le toucher rectal montre un épaissement de la face pelvienne du fond du cotyle.

La radiographie montre du côté gauche une tête fémorale irrégulière et rongée dans son quadrant inférieur. La cavité cotyloïde est agrandie, ou plutôt il existe un néo-cotyle sur lequel vient se placer la tête fémorale. La diaphyse du fémur est grêle.

Le diagnostic de coxalgie greffée sur une luxation congénitale ne laisse plus aucun doute. Le développement du processus tuberculeux du côté de l'acetabulum explique l'épaississement constaté par le toucher rectal. Par ailleurs cette enfant a un bon état général, la réaction de Bordet-Wassermann a été négative; la réaction de Besredka a été positive.

ETIOLOGIE

Nous avons essayé de dénombrer les facteurs favorisant l'éclosion de la bacillose au niveau des articulations luxées.

Nous n'avons rien trouvé de particulier du côté des antécédents héréditaires.

Du côté des antécédents personnels nous avons souvent noté l'existence de maladies à rôle prédisposant; coqueluche, rougeole, varicelle... etc. Fréquemment aussi sont mentionnées des bronchites chroniques. Lamy rapporte le cas d'une enfant qui présenta peu avant le début de sa coxalgie une période fébrile de courte durée. (obs. 1 de Lamy). Ce fait a dû se reproduire bien d'autres fois, sans attirer autrement l'attention — en un temps où la septicémie tuberculeuse et sa forme plus ou moins larvée de typho-bacillose était chose inconnue.

Presque toutes les observations, dix-huit sur dix-neuf, se rapportent à des filles.

Le début de la coxalgie s'est fait dans la majeure partie des cas, entre deux et six ans. Chauvenet explique ce fait en disant que le ligament rond, auquel il fait jouer un rôle dans la localisation tuberculeuse au niveau de la tête fémorale, disparaît vers 4 ans. Nous ferons remarquer que chez trois malades la coxalgie a débuté vers douze ans, à une époque où le ligament rond est depuis longtemps disparu ! (obs. VIII, I et II de notre thèse).

Sur dix-neuf cas, douze fois il s'est agi de luxation double, sept fois de luxation simple. Il n'existe que deux cas de

luxation double avec double coxalgie, tous les deux terminés par la mort (obs. II et V Lamy).

Nous avons recherché si l'existence de traumatismes pouvait expliquer la localisation de la tuberculose sur la hanche luxée. Pas plus dans nos deux observations que dans les précédentes, nous n'avons trouvé de faits concluants. A ce propos, une question mérite d'être examinée, c'est le rôle de la réduction dans l'éclosion, l'évolution ou le réveil de la coxalgie.

Sur dix-neuf cas, la tuberculose de la hanche luxée s'est produite quinze fois, sans qu'aucune tentative de réduction ait été faite. Parmi les quatre autres cas, il est fait mention dans l'un d'eux (obs. VII Lamy) d'une légère arthrite existant avant la réduction et on est en droit de penser que cette dernière n'a peut-être pas déterminé, mais seulement favorisé la localisation tuberculeuse. Dans les trois autres observations au contraire (obs. XV Chauvenet, II, IX Lamy), il n'existait pas d'arthrite avant l'intervention. Il s'agissait d'enfants atteints de luxation congénitale réduite par l'intervention non sanglante. L'opération s'est faite facilement (un cas) ou non (deux cas) et a été suivie du temps normal d'immobilisation dans l'appareil plâtré. Or, au bout de huit mois, de onze mois, d'un an après l'intervention, et soit au moment de marcher, soit peu de temps après avoir marché, le processus tuberculeux s'est révélé au niveau de la hanche réduite. Quel rôle de traumatisme opératoire a-t-il joué dans cette localisation. C'est ce qu'il est bien difficile de dire.

On sait que les expériences de Friedreich, 1899 Hossell 1900 Lannelongue et Achard 1899 et 1900, n'ont pas abouti. Cependant l'impossibilité de réaliser expérimentalement un phénomène pathologique ne constitue pas une objection. Cela prouve seulement l'incapacité actuelle de l'expérimentateur, qui n'a pas su trouver une technique convenable. La réalité, elle, offre des cas où la filiation étiologique paraît indéniable — et nous citerons l'observation deux de Lamy : Au bout de neuf mois de traitement l'enfant a commencé à souffrir et aussitôt qu'on a essayé de le faire marcher, ses douleurs ont

été très intenses. Il est permis de penser que la coxalgie avait été déterminée par les manœuvres de réduction, mais qu'elle était restée jusqu'alors silencieuse, précisément parce qu'on immobilisait les membres inférieurs. Aussitôt que l'enfant a marché, les événements se sont précipités, la hanche gauche s'est prise presque immédiatement, les deux articulations ont suppuré, si bien que dix mois après le début apparent des lésions tuberculeuses, il existait un abcès à gauche et deux fistules à droite. Il semble donc vraiment difficile dans ce cas, de ne pas admettre le rôle localisateur du traumatisme sur l'articulation. Cependant, si l'on songe aux milliers de réductions de luxations de la hanche, qui ont été opérées par les orthopédistes de tous les pays du monde, et chez des enfants en grand nombre porteurs de bacilles (80% le sont à quinze ans), il faut reconnaître que le rôle du traumatisme opératoire dans la production de la coxalgie est vraiment insignifiant.

Dans deux cas, on est intervenu sur une hanche luxée atteinte de tuberculose en évolution (*obs. VI et VII Lamy*) Dans ces deux cas l'affection a évolué rapidement à dater de ce moment vers la fonte purulente et la fistulisation.

Dans les observations de Mme Derscheid-Delcourt, (*obs. X Lamy*) et dans celle de Rocher (*obs. XIII Lamy*) la réduction a été tentée de un à trois ans après le début de la coxalgie, la lésion bacillaire paraissant éteinte dans les deux cas. Cette différence est capitale; dans les deux cas le traumatisme opératoire n'eut pas de conséquences. Nous verrons plus loin quelles indications thérapeutiques il en résulte.

ETUDE CLINIQUE

Les manifestations cliniques de la tuberculose greffées sur une luxation congénitale forment un tableau complexe. Il est commode de distinguer trois séries de cas :

La coxalgie apparaît avant tout traitement orthopédique ;

Elle apparaît pendant le traitement ;

Elle survient après cessation de tout traitement, et après guérison de la luxation congénitale.

Nous verrons plus loin que cette division répond à la réalité des faits et que le diagnostic différentiel doit être fait de la même manière, car chacun des cas envisagés exige une discussion spéciale.

I. LA COXALGIE ÉVOLUE AVANT TOUT TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE. — L'enfant, en général une fillette de deux à six ans, a marché tard et, dès ses premiers pas, a présenté la boiterie caractéristique des luxés congénitaux. Cette claudication ne s'est jamais accompagnée de douleurs. Un moment vient, où, sous l'influence d'une chute plus ou moins hypothétique, la souffrance apparaît ; elle disparaît au début par le repos, mais reparaît ensuite pour devenir constante et entraîner une impotence qui inquiète la famille. C'est donc généralement pour des phénomènes douloureux que l'enfant est amené au chirurgien. Ce cas habituel souffre quelques exceptions et on observe parfois d'emblée une aggravation rapide de la malformation et une attitude vicieuse permanente.

L'interrogatoire doit préciser d'abord quelle est la part du trauma dans la genèse et l'évolution de l'affection.

L'examen doit être pratiqué sur le sujet entièrement nu.

L'attitude est le plus souvent caractéristique. Les deux épines iliaques antérieures et supérieure sont asymétriques. Le membre inférieur intéressé est classiquement en flexion, abduction et rotation externe (dans notre observation n° 1 existait de la rotation interne). Le membre sain étant supposé normal, on constate un raccourcissement notable du membre luxé. La conséquence de l'abduction est une élévation de l'épine iliaque antérieure et supérieure correspondante.

La forme de la cuisse est modifiée; les reliefs musculaires sont atténués, mais la racine de la cuisse est globuleuse. Le gonflement diffère de celui de la coxalgie banale. Il se localise (Lamy, Chauvenet) au-dessus du cotyle deshabité et contraste avec la dépression sous-jacente. Mais il peut intéresser aussi, en dehors et en arrière, les zones péri-articulaires, très précocement en général, parce que les surfaces osseuses sont plus superficielles.

Ce changement d'aspect s'associe à un changement de consistance. Les masses musculaires ont fondu, mais cette atrophie est en partie masquée par une adipose compensatrice. Si l'on fait un pli avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on remarque qu'il est plus épais sur la cuisse malade et moins mobile. Le doigt explorant le cotyle tombe dans une dépression au niveau de laquelle la pression réveille parfois des phénomènes douloureux.

Le grand trochanter fait sur le profil de la racine de la cuisse une saillie anormale et le tracé de la ligne de Nelaton et du triangle de Bryant traduisent son ascension plus ou moins accusée.

La région fessière est aplatie. On observe également des troubles trophiques de la peau et des muscles. Celle-là est infiltrée et peu mobile; le sillon interfessier n'est plus exactement médian; le pli sous-fessier s'efface. Le muscle, grand fessier est hypotonique. On recherche cette hypotonie suivant

la technique que donne M. le professeur Denucé dans son service; alors que du côté sain les faisceaux musculaires palpitent entre le pouce et l'index qui les saisissent perpendiculairement à leur direction, ils apparaissent relâchés du côté malade et ne se contractent plus, ou faiblement.

La palpation de la fesse au niveau de ses plans profonds, sous-musculaires, apporte quelques éléments utiles au diagnostic. La tête fémorale est perçue dans la fosse iliaque externe; on notera une tuméfaction du col ou du grand trochanter, ou divers points douloureux.

Un seul mouvement est limité, avons-nous dit au début; c'est l'abduction. Longtemps la flexion et la rotation externe resteront normales et l'on sera surpris de constater des signes discrets peu en rapport avec les phénomènes douloureux qui se précisent.

Après une évolution de quelques mois, les adducteurs immobiliseront le membre inférieur en flexion, adduction, rotation interne.

La recherche du signe de la clef déclanche des phénomènes douloureux en rotation externe. Ce même mouvement produit des contractions fibrillaires des adducteurs, du couturier ou du droit antérieur qui semblent pathognomoniques d'une coxalgie en évolution.

On ne manquera pas de rechercher l'adénopathie iliaque à peu près constante et de grande valeur.

La malade debout prend une position hanchée sur le côté sain. Vient-on à la faire marcher les symptômes se précisent. A cet égard, l'observation de M. Rocher était très démonstrative; sa malade était en effet atteinte de luxation congénitale double et le tableau clinique était complet.

Nous prendrons donc ce cas comme type de description. Du côté non atteint de coxalgie, on constate pendant la marche, l'abaissement de la crête iliaque avec chute de l'épaule et l'enfoncement du grand trochanter dans les masses musculaires. Du côté coxalgique nous savons que la hanche est immobilisée en flexion et abduction. Le malade exécutera

donc à chaque pas un mouvement de salutation associé à un mouvement de rotation du bassin, ayant pour but de lancer en avant le membre malade. Dans ce mouvement la pointe du pied repose seule sur le sol. L'auscultation du rythme de la marche décèle une inégalité caractéristique, l'appui sur le membre malade s'effectuant pendant le minimum de temps.

Un seul signe particulier, mérite de nous retenir. Etant donné un sujet atteint de luxation congénitale droite, si nous lui demandons de se tenir sur la jambe gauche, cuisse droite en flexion, le pli fessier droit est situé au-dessus du pli fessier gauche. Si au contraire nous lui commandons de se tenir sur le membre luxé, le pli fessier gauche est nettement au-dessous du pli fessier droit. Ce signe décrit par Trendelenbourg est dû à l'action insuffisante du moyen fessier et disparaît dans la luxation congénitale tuberculisée.

II. LA COXALGIE APPARAÎT AU COURS DU TRAITEMENT. —

Une seule observation de M. Broca rentre dans cette catégorie : « Fillette vue pour la première fois à l'âge de trois ans, par M.^r Broca parce qu'elle boite après avoir marché très tard. Luxation congénitale des deux hanches avec arthrite légère à droite. On fait la réduction des deux hanches suivant la méthode de Lorenz. A l'enlèvement du premier plâtre, la cuisse droite est douloureuse, renflée en gigot à son extrémité supérieure. On pense à une coxalgie et on laisse le membre dans sa position de réduction sans appareil pendant qu'on continue le traitement de la hanche gauche.

Dans la suite survient un abcès à droite. L'enfant fait un séjour à Berck où elle a été traitée par M. Menard. Depuis elle a été revue avec une coxalgie fistuleuse à droite ».

On comprend par la lecture de cette observation résumée, combien le cas est litigieux. La petite malade présentait avons-nous dit une arthrite avant tout traitement ; il nous semble donc que le traumatisme a été beaucoup plus révélateur que localisant et que les manœuvres de réduction ont hâté l'évolution vers la période suppurative. Ce cas est cependant instruc-

tif, car le clinicien en présence d'une luxation congénitale devenue spontanément douloureuse ne sera jamais trop prudent. Après avoir mis en œuvre les moyens de laboratoire et surtout la radiographie, qui aura été pratiquée avec la méthode rigoureuse que nous indiquerons plus loin, il ne devra pas ignorer que le moindre doute commande l'expectative opératoire. Toute tentative de mobilisation d'une articulation tuberculeuse peut entraîner un désastre, à plus forte raison une intervention traumatisante qui peut avoir comme conséquence une mort rapide par généralisation. Dans le seul cas publié le symptôme initial de cette variété de coxalgie a été l'abcès révélateur.

III. LA COXALGIE APPARAÎT APRÈS LA CESSATION DU TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE. — Nous avons recherché dans la littérature médicale les cas publiés; ceux-ci nous ont paru assez nombreux. Nous citerons dans le travail de Chauvenet les observations. xv, xvi, xvii, xviii, xix, xx.

Le début des symptômes est variable, cependant ils apparaissent rarement d'une façon précoce après la guérison de la luxation. Parmi les cinq cas publiés nous notons :

Deux fois un début relativement précoce : six à huit mois après cessation du traitement orthopédique.

Une fois apparition des premiers symptômes un an après cessation du traitement.

Deux fois six et sept ans après guérison de la luxation congénitale.

Les modalités du début paraissent diverses. Dans l'observation xv de Chauvenet, il s'agit d'une fillette de trois ans opérée le 20 septembre 1916. L'intervention a été laborieuse et a nécessité une ténotomie du droit interne. On a immobilisé en flexion 75° et abduction 75°. Le 26 décembre 1916 on appliqua un nouvel appareil en extension avec légère abduction et rotation interne. Le 28 mars la réduction était excellente. En septembre 1917 les accidents débutent par une limitation de flexion de la cuisse, mais il n'y a pas encore de

phénomènes douloureux. Notons au passage qu'il paraît difficile de faire la part dans de pareilles circonstances de ce qui revient à un traitement post-opératoire insuffisant ou à une réduction imparfaite. Une bonne radiographie eût été indispensable pour préciser.

En février 1918 une gêne fonctionnelle de plus en plus marquée inquiète la famille, la cuisse est fléchie, le membre est en rotation externe; de plus, l'enfant souffre après une marche même de courte durée.

Le début paraît donc marqué par des troubles de la marche et par la douleur. Dans les observations xvii et xviii la douleur est le premier symptôme.

Quelles que soient les modalités du début, les signes vont en s'accroissant et le malade se présente bientôt dans l'attitude classique, flexion, adduction. La conséquence de l'adduction est un raccourcissement apparent. Le bassin pour rétablir le parallélisme des membres inférieurs effectue un mouvement de bascule. L'épine iliaque antérieure et supérieure correspondant au membre malade s'élève, mais la mensuration ne traduit pas de raccourcissement réel.

Les symptômes sont estompés comme dans le premier cas que nous avons envisagé. Les mouvements d'abduction sont seuls limités car les contractures sont discrètes.

La hanche est à peine sensible à la pression directe sur la tête fémorale et sur le grand trochanter. En somme le diagnostic peut s'égarer et l'on peut songer à des lésions dystrophiques post-opératoires; où comme dans l'observation xv de Chauvnet à une arthrite plastique. L'idée de coxalgie semble au début une pure hypothèse qui est loin de pouvoir s'affirmer par des arguments cliniques sérieux.

Cette période d'incertitude peut se prolonger. L'adénite iliaque révélatrice aura ici son importance habituelle. La radiographie confirmera une probabilité clinique et l'on sera certain de trouver des lésions le plus souvent très étendues.

Cette *disproportion* entre le tableau clinique et les lésions radiographiques appartient en propre à la luxation tuberculisée.

* * *

Après quelques mois d'évolution torpide, il semble que l'abcès devienne un symptôme habituel et donne ainsi la signature du processus bacillaire. Il n'est cependant pas constant. Nous le retrouvons :

Dans les observations de la thèse de Chauvenet, n° III, V, VII, VIII, X, XI, XIV, XVIII.

Dans nos deux observations ce signe était en défaut. Nous avons consulté tous les cas publiés et nous avons constaté que la suppuration est signalée dans 55% des cas.

Le moment de l'apparition de l'abcès a été rarement noté, mais il semble qu'elle a été d'autant plus précoce que la coxalgie a eu une évolution plus grave. Sa topographie est précise. Il s'agit le plus souvent d'un abcès antérieur ou antéro-externe.

« Il est naturel que le pus fuse vers la face antérieure de la cuisse, puisque la tête fémorale est elle-même très superficielle sous les téguments et que, d'autre part, il semble que ce soient la tête et le col qui sont primitivement atteints. (Lamy) ».

ETUDE RADIOGRAPHIQUE

Au Congrès de Pédiatrie de Rouen en 1904, MM. les professeurs Denucé et Bergonié ont communiqué, les premiers en date, une étude radiographique de la coxalgie. Leurs conclusions étaient les suivantes : Chez l'enfant sain, il existe, entre tête et cotyle, une bande claire très régulière avec bords concentriques nets représentant les cartilages de la tête et du cotyle : c'est la zone semi-circulaire. Chez l'enfant tuberculeux on observe deux choses : 1^o la bande claire se brouille, les bords deviennent irréguliers; 2^o il y a de la décalcification du fémur et de l'os iliaque.

Il nous faut deux radios : Une radio d'ensemble pour l'étude topographique et une radio séparée pour le détail de l'anatomie radiographique de l'articulation intéressée.

1^o. HANCHE NON RÉDUITE. — Une vue d'ensemble nous permet de constater sur un négatif une coloration plus sombre de la tête fémorale et du cotyle. Ces symptômes de décalcification qui traduisent la dystrophie osseuse si caractéristique de toute arthrite tuberculeuse, se localisent :

Au niveau de la tête et du col fémoral; parfois au niveau du néo-cotyle,

Au niveau de la diaphyse fémorale. L'atrophie de la corticale osseuse se traduit par un agrandissement de la cavité médullaire et constitue un élément important du diagnostic.

Rapport des surfaces articulaires entre elles. — Les surfaces s'estompent dans un flou ostéo-articulaire dû à la décalcification et à la présence de fongosités. Celles-ci boursouflent la capsule dont les contours apparaissent sur une radiographie bien faite.

Normalement, le bord inférieur du col fémoral forme avec le rebord supérieur du trou obturateur un cintre, une ogive régulière, dont les deux moitiés fémorale et pubienne sont séparées par une clef de voute : l'ischion.

La rupture de l'ogive cervico-obturatrice par ascension de l'arc externe traduit un déplacement vers le haut du fémur dû soit à une coxalgie (usure du toit du cotyle) dont la conséquence est une luxation intra-cotyloïdienne, soit à une luxation vraie.

Ce repère indiqué par Menard peut être mis en défaut dans les cas d'interprétation délicate. On peut lui adjoindre le procédé suivant :

Une ligne tracée entre les deux espaces clairs correspondant de chaque côté au cartilage en Y passe à l'état normal au-dessus de la tête fémorale ou lui est tangente. Si elle rencontre le point épiphysaire supérieur, il y a une forte présomption de luxation. Mais ce sont là les signes de la luxation congénitale. L'interprétation du cliché va préciser les lésions.

Modifications des surfaces articulaires. — La cavité cotyloïde : Normalement le toit du cotyle a une forme arquée. Dans le cas que nous envisageons, sa direction est plus ou moins oblique vers le haut, de sorte que sa limite supérieure se confond avec le contour de l'os iliaque. Le néo-cotyle situé au-dessus, semble donc continuer le cotyle agrandi, ceci n'est qu'une apparence, car la cavité primitive est séparée par une arête vive du néo-cotyle sur lequel s'appuie la tête fémorale luxée.

Dans notre observation n° 1 le néo-cotyle paraissait simplement décapité. Dans l'observation n° 2, nous lisons l'interprétation suivante :

Du côté gauche le cotyle est défoncé au niveau de son toit, et au-dessus de lui apparaît le néo-cotyle. Les lésions prédominent dans la zone de transition. On voit à ce niveau, au-dessus de la barre transversale du cartilage en Y, dans l'épaisseur de l'os iliaque, une plage claire, entourée d'un liseré plus foncé périphérique. Cette zone de raréfaction osseuse régulière présente le volume et la forme d'une fraise. Au delà les contours de l'os iliaque sont irréguliers, mais le bord supérieur du néo-cotyle est net et forme un appui solide au pôle supérieur de la tête fémorale qui est à son contact. Il s'agit donc de lésions acétabulaires destructives; mais ajoutons que le cas n'est pas habituel.

L'extrémité supérieure du fémur. — Le plus souvent les auteurs signalent, en effet, des lésions fémorales prédominantes. L'examen radiographique dans l'observation 1 de Lamy montrait les signes suivants :

« Tête fémorale petite et décalcifiée. Les contours peu nets indiquent une altération anatomique diffuse. Le col fémoral paraît augmenté dans toutes ses dimensions. L'examen de la plaque radiographique elle-même, à l'aide de l'appareil éclairant de Gaiffe, permet de reconnaître l'existence d'un foyer tuberculeux au centre du col. On note, d'ailleurs, tous les signes radiographiques d'une coxalgie au début.

« Toute la diaphyse fémorale, ainsi d'ailleurs que l'ischion, est beaucoup plus perméable aux rayons X que du côté sain. On note déjà une tendance manifeste à l'atrophie de la diaphyse en épaisseur avec diminution de la zone d'os compact et augmentation de la zone médullaire. »

On constatait dans l'observation ix de Lamy de l'usure de la tête fémorale et du cotyle, avec agrandissement de l'espace clair articulaire. L'observation xi du même auteur, montrait une destruction partielle de la tête avec production fibreuse. Qu'il nous soit permis du reste de douter quelque peu de la nature vraiment tuberculeuse de ces dernières.

Le cas cité par M. Rocher est beaucoup plus caractéris-

tique. Le col est en effet le siège d'un envahissement très net.

La lésion la plus nette siège dans la région inter-trochanterienne et à la base du col. En ce point, l'os paraît souflé, comme dans le spina ventosa et, en son centre, entouré de toute part par le tissu osseux, apparaît une tache claire, de l'aspect et des dimensions en surface, d'un gros noyau de prune à contours assez bien dessinés. Il y a donc là une perte de substance ovalaire qui ne peut être due à la présence dans cette région d'un foyer fongueux ou caséux ».

M. Lamy, interprétant les radios de l'observation de M. Jouon, trouve une altération portant à la fois sur l'os coxal et le fémur; mais les lésions prédominent sur la tête fémorale qui est profondément ulcérée et dont le col présente une transparence anormale.

Il y a donc une prédilection marquée du processus tuberculeux sur la tête et le col fémoral. Nous avons vu quelle interprétation pathologique il fallait donner à cette localisation primitive.

Quelques auteurs ont signalé le pincement de l'interligne compris entre le néo-cotyle et la tête fémorale, c'est là un signe d'interprétation délicate et de discussion facile.

2^o APRÈS LA RÉDUCTION. — Le problème se complique, car comment faire la part des troubles dystrophiques fréquemment rencontrés et des lésions tuberculeuses en évolution:

Nous lisons dans l'observation xv (thèse Chauvenet) la relation suivante concernant l'examen radiographique. « Le cliché montre les lésions suivantes :

Les rapports articulaires sont légèrement modifiés et l'épiphyse fémorale est plus haute que normalement.

Il existe des lésions destructives qui portent à la fois sur le cotyle qui est rongé, agrandi et sur la tête fémorale où elles sont moins visibles. L'espace clair articulaire est agrandi. La tête fémorale est plus sombre que normalement. Il existe des lésions de décalcifications. »

La tête paraissait très atrophiée et le cotyle agrandi dans

l'observation de Froenlich. Nous pensons que dans des formes synoviales le diagnostic doit être encore plus délicat. Le pincement de l'interligne, l'irrégularité des surfaces osseuses, d'une part, la décalcification d'autre part, sont des signes de fortes présomptions.

Le doute ne sera plus permis lorsque dans le cas de foyer cervical, on trouvera une géode en plein col, avec augmentation de volume périphérique donnant à celui-ci l'aspect rencontré dans le spina ventosa. Les cas litigieux concerneront les lésions acétabulaires pour lesquelles on ne sera autorisé à porter un diagnostic, qu'après un certain nombre de radios en série qui permettront de préciser la nature exacte du processus destructif.

DIAGNOSTIC

Les moyens dont nous disposons sont : les signes cliniques, l'exploration radiologique, les examens de laboratoire.

Nous nous sommes efforcés d'exposer d'une façon claire l'allure clinique de la luxation tuberculisée. Nous insistons encore sur deux signes majeurs :

1. La disparition de l'hyperrotation interne en extension.
2. La disparition du signe de Trendelenburg.

Un chapitre a été consacré à l'exploration radiologique.

Pour ce qui est des examens de laboratoire deux cas peuvent se présenter¹:

1^o On a du pus. On peut alors inoculer un cobaye ou chercher directement le bacille par l'homogénéisation.

2^o On n'a pas de pus. Il faut s'adresser aux réactions qui témoignent s'il existe ou non dans le sérum des anticorps tuberculeux :

Le cuti-réaction n'a de valeur que si elle est négative.

Le Besredka a été positif dans notre observation 2.

Dans un autre ordre d'idées on devra toujours faire pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous suivons toujours le même plan :

1^o *Avant tout traitement.* — Nous supposons que le diagnostic de luxation congénitale est fait. Il peut s'agir d'une arthrite.

1. Voir : Etienne Sorrel : Quelques généralités sur le diagnostic et le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires — *Presse Médicale*, 5 février 1921.

La réalité des arthrites compliquant les luxations a été démontrée par Krause, Chauvenet signale comme caractère dominant la fugacité de la douleur, mais rien, nous semble-t-il, ne permet dans l'étude clinique d'établir un diagnostic de certitude, seule l'évolution apportera la signature de la nature de l'arthrite.

Les mêmes réserves sont à formuler en ce qui concerne l'ostéomyélite chronique, l'ostéite spécifique. La difficulté serait insurmontable dans le cas d'abcès enkystés du col ou de certaines formes d'ostéomyélites suraiguës dans le cadre desquelles entrent certaines variétés de kystes osseux, mais ce sont là ces cas exceptionnels.

On se reportera aux chapitres antérieurs et à l'article de M. A. Broca : Arthrites non tuberculeuses de la hanche; *Presse médicale* 1^{er} novembre 1922.

2^o *Pendant le traitement.* — Nous avons considéré ce cas comme étant exceptionnel. Parmi les observations publiées on retrouve un seul cas de coxalgie suppurée. Mais la présence de l'abcès tuberculeux autour de la hanche n'établit en rien le diagnostic de coxalgie. Il faut que l'abcès soit associé aux signes d'arthrite tuberculeuse et que l'image radiographique soit conforme.

Si ces signes font défaut, l'origine de l'abcès doit être soigneusement recherchée et l'on doit penser à un hygroma suppuré de la région fessière, à une trochantérite tuberculeuse, à une ostéite de l'os iliaque. Il est inutile de retracer l'histoire des tuberculoses justacoxales auxquelles le nom de M. Menard reste attaché, leurs symptômes doivent être connus.

Si, exceptionnellement, se présentait le cas d'une lésion non suppurée, on pourrait penser aux variétés d'arthrites déjà signalées. Froehlich a en effet rapporté au Congrès d'Orthopédie de 1921 un cas d'arthrite grippale survenu dans ces conditions.

3° *Après cessation du traitement.*— Lorsqu'on a réduit correctement une luxation congénitale, immobilisé dans un appareil précis et fait suivre au malade un traitement post-opératoire rationnel, on est justement surpris des accidents qui à plus ou moins brève échéance, viennent compromettre un résultat jusque là jugé excellent. L'idée d'une reluxation vient à l'esprit. Cette complication est rare et se rencontre habituellement soit après ablation de l'appareil, soit plutôt quand le sujet recommence à marcher. Sa fréquence qui serait pour certains auteurs de 1/10 des cas opérés (A. Broca et Majnoni d'Intignano) nous a paru beaucoup moins grande. La statistique bordelaise de M. le Professeur Denucé, qui est certainement des plus importantes, compte 1330 cas de luxations réduites, avec 9 reluxations¹, qui ont été toutes traitées suivant le procédé habituel et se sont terminées par la guérison. Ceci nous amène à penser que la méthode de réduction entre dans le traitement de la luxation congénitale pour une part importante dans la qualité des résultats.

La plupart de ces reluxations sont précoces, avons-nous dit, alors que la tuberculisation de la luxation congénitale est plutôt un accident tardif; elle se produit le plus souvent dans le cas des cavités insuffisantes et leurs signes sont trop particuliers pour qu'on puisse s'y tromper. Une reluxation en effet, se traduira par un raccourcissement réel, infiniment plus important que dans la luxation tuberculisée et surtout une laxité articulaire peu en rapport avec cette dernière affection. Enfin la radiographie lèvera le dernier doute.

Les troubles dystrophiques osseux ont depuis ces dernières années attiré l'attention des orthopédistes et doivent être envisagés pour être secondairement éliminés. Décrits dans le travail de Morel (1907) dans la thèse de Leherissey (Paris 1911), dans le travail de Froelich publié dans les comptes rendus de la Société française d'Orthopédie (Strasbourg 1921).

1. Thèse de M. Papin, Bordeaux, 1919 — 725 cas avec 7 reluxations; actuellement 605 cas nouveaux avec 2 reluxations.

ces déformations consécutives aux réductions de luxations congénitales trouvent une cause habituelle dans le trauma initial. La cavité cotyloïde vue sur une radiographie, s'est bien reconstituée et apparaît creusée à sa partie médiane et bordée vers le haut par un toit normalement développé. Mais la tête est souvent épaissie et irrégulière. « On voit souvent une apparence de fonte osseuse, de l'ostéoporose, de l'irrégularité de la ligne épiphysaire » la tête s'abaisse et l'insertion du col se fait perpendiculairement à la diaphyse fémorale, réalisant ainsi le type habituel de la coxa-vara.

On voit combien cette image radiographique, qui s'accompagne en général de décalcification, pourrait au premier abord en imposer pour une coxo-tuberculose au début. Mais il y a *disproportion* entre les apparences radiographiques et les réalités cliniques. Il n'y a ni douleurs, ni boiterie appréciable. Les modifications osseuses ne s'accompagnent pas de troubles fonctionnels en rapport avec leur importance. Ces lésions dystrophiques d'origine opératoire, s'atténuent du reste à mesure qu'on s'éloigne de la période post-opératoire, et que le malade grandit.

Les altérations de la tête et du col qui apparaissent après réduction de la luxation congénitale, ont quelque analogie radiographique avec l'affection décrite sous le nom D'ostéochondrite déformante de la hanche.

Le diagnostic doit se baser essentiellement sur des particularités cliniques. La boiterie est légère; elle est exceptionnellement comparable à celle du luxé congénital. Le signe de Trendelenbourg est positif. Il est rare que le triangle de Scarpa soit empâté. On a signalé parfois (Sorrel) de l'adénopathie iliaque; nous rappellerons que pour Lance c'est surtout le ganglion rétro-crural interne qui serait caractéristique de la bacillose. Enfin il n'y a pas d'hypotonie des muscles fessiers.

Le cas exceptionnel sera réalisé par une arthrite déformante greffée sur une luxation congénitale réduite. Cette complication n'a pas été signalée à notre connaissance et tout

nous permet de penser que l'évolution seule permettrait en dernier lieu de juger.

Les altérations dystrophiques osseuses portant sur la tête et le col fémoral, ne sont pas les seules complications à propos desquelles la discussion soit ouverte. Une luxation congénitale réduite peut être le siège de processus infectieux ou néoplastiques. C'est ainsi que tout diagnostic de tuberculose comportera l'élimination d'une arthrite blennorragique qui atteint souvent les fillettes déjà soignées pour vulvo-vaginite.

On devra aussi penser aux lésions ostéo-articulaires de l'héredo-syphilis tardive.

L'ostéomyélite chronique évoluant sur une luxation congénitale réduite est une éventualité exceptionnelle, nous en dirons autant des arthrites hémophiliques, de l'ostéo-sarcome.

Enfin on devra toujours penser en présence d'une hanche douloureuse à la possibilité de phénomènes pithiatiques.

PRONOSTIC

Les auteurs sont d'accord pour considérer le pronostic de cette affection comme particulièrement grave. En effet dans les 19 observations actuellement connues, cinq fois, l'évolution s'est faite vers la mort. Dans 55 % des cas, la suppuration a été notée et nous relevons comme fréquente, la fistulisation avec infection secondaire.

Si le pronostic vital est comme on le voit déjà grave, le pronostic fonctionnel l'est encore beaucoup plus. Il y a lieu à ce sujet de distinguer les cas où une coxalgie a évolué sur une hanche réduite, et ceux où elle s'est développée avant tout essai de réduction.

Dans le premier cas, les résultats semblent moins mauvais. Sur sept observations on note une fois la terminaison par la mort, deux fois la suppuration, deux fois des résultats médiocres, mais deux fois aussi un résultat fonctionnel assez bon (observ. xv et xvi de la thèse de Chauvenet).

Dans le second cas, les résultats fonctionnels ont été déplorables et il y a lieu de rappeler ici que toute tentative d'intervention primitive en vue d'améliorer ce pronostic, s'est terminée par une catastrophe. (obs. vi thèse Chauvenet. obs. xvi).

Cependant dans le cas de guérison de la tuberculose plusieurs chirurgiens ont eu recours à des interventions orthopédiques, telles que l'ostéotomie sous-trochantérienne qui ont été suivies d'une amélioration appréciable.

TRAITEMENT

Il y a lieu de distinguer deux cas :

1^o La coxalgie s'est développée avant toute tentative de réduction.

Les deux observations de Broca qui a tenté la réduction par la méthode sanglante, dans un cas et par la méthode non sanglante dans l'autre, indiquent que l'existence d'une coxalgie compliquant une luxation congénitale est une contre-indication formelle à l'intervention, du moins tant que la lésion est évolutive. En effet, cette intervention provoqua une septicémie bacillaire aboutissant rapidement à la mort dans le premier cas, et dans le second à une suppuration locale ayant très rapidement évolué vers la fistulisation. Nous avons déjà vu à propos de l'étiologie que dans le cas de lésion tuberculeuse déjà évolutive, le trauma opératoire donnait un coup de fouet à l'infection.

Aussi, nous paraît-il sage dans ces conditions de commencer par traiter la coxalgie.

L'extension continue corrigera d'abord l'attitude vicieuse et sera suivie à brève échéance d'une immobilisation rigoureuse, dans un appareil plâtré pelvi-pédieux.

Cette immobilisation durera de deux à trois ans, pendant lesquels on devra surveiller et surprendre l'apparition d'abcès par congestion qu'il faudra ponctionner en temps et lieu pour éviter la fistulisation. L'emploi des injections modificatrice aura ici ses indications habituelles, ajoutons, que dans le service de M. le professeur Denucé on se trouve fort bien de la simple ponction, sans injection de liquide modificateur.

Nous estimons que la coxalgie étant guérie dans le délai fixé ci-dessus, il y a lieu d'envisager la possibilité de réduction. Les deux cas où pareille tentative a été faite, ont été peu encourageants; nous estimons pour notre part que la réduction est contre-indiquée, hormis le cas où une coxalgie aurait guéri avec un retour fonctionnel parfait.

Le cas vraiment exceptionnel serait celui d'une coxalgie greffée sur une luxation congénitale et spontanément guérie en attitude vicieuse. Il y aurait lieu, en pareil cas, d'envisager après vérification de la guérison une ostéotomie oblique sous-trochantérienne, qui aurait pour but de corriger la déviation et en même temps d'allonger le membre.

Il est intéressant de se demander quelle serait la conduite à tenir en présence d'une luxation tuberculisée d'un seul côté. Faudra-t-il réduire la hanche non tuberculisée? Chauvenet conseille l'abstention sous le prétexte que la réduction augmenterait la longueur du membre et accuserait la boiterie. Nous pensons qu'une réduction pratiquée du côté non tuberculisé, en temps opportun, doterait le malade d'une articulation quasi normale et le mettrait à l'abri de la double infirmité : luxation congénitale d'un côté, ankylose de l'autre.

2^o La coxalgie est constatée après cessation du traitement orthopédique.

Nous rentrons ici dans le cadre du traitement habituel de la coxalgie. Le membre sera immobilisé dans un grand appareil pelvi-pédieux et cette immobilisation durera plus longtemps que dans une coxalgie ordinaire.

Rappelons que, dans le cas d'attitude vicieuse, les mêmes indications se posent que dans la coxo-tuberculose en général, et l'on pourra penser après guérison, si l'attitude persiste, à une ostéotomie sous-trochantérienne qui est la seule intervention à conseiller.

Bien entendu, dans tous les cas, il faudra associer au traitement local un traitement général qui aura surtout pour but de mettre l'organisme dans les meilleures conditions possibles pour faire les frais de sa guérison.

CONCLUSIONS

La tuberculisation de la luxation congénitale de la hanche est une complication exceptionnellement rencontrée.

La majorité des cas appartient aux filles et nous avons noté un maximum de fréquence entre deux et six ans.

L'apparition de la coxalgie est le plus souvent antérieure au traitement orthopédique, mais les manœuvres de réduction tentées sur une hanche luxée et atteinte de coxalgie au début précipitent l'évolution de celle-ci et déclanchent parfois la généralisation tuberculeuse.

Parmi les signes cliniques nous attachons la plus grande importance à la disparition du signe de Trendelenbourg et du signe de l'hyper-rotation interne. Mais ce sont là des symptômes de probabilité que la constatation d'une adénite iliaque révélatrice et que l'étude radiographique permettent de confirmer.

Les abcès compliquent souvent l'évolution de la luxation tuberculisée, ils faisaient défaut dans nos deux observations. L'étude des statistiques nous a permis de noter la suppuration dans 55% des cas.

Le pronostic vital est grave. Les résultats fonctionnels sont souvent déplorables.

Il y a lieu lorsque la coxalgie s'est développée avant tout

traitement d'écarter le projet de réduction pour penser seulement à l'immobilisation rigoureuse.

Nous avons signalé l'ankylose vicieuse comme fréquente. Dans ce dernier cas l'ostéotomie pratiquée loin du foyer reste le meilleur traitement après guérison complète.

Vu :
Le Doyen,
D^r C. SIGALAS

Vu, bon à imprimer
Le Président,
D^r M. DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 novembre 1922.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN

BIBLIOGRAPHIE

- Boudet.** — Coxalgie double dans la luxation congénitale bilatérale. (*Bulletin société Anatomie* Paris 1859, N° 1, p. 11 et 12).
- Broca (A.) et Majnoni d'Intignano.** — Evolution anatomique de la hanche après réduction des luxations congénitales. (*Revue d'orthopédie*, 28^e années, septembre 1921, N° 5).
- Calot.** — La maladie de Legg n'existe pas (*Journal des Praticiens*, N° 4, 22 janvier 1921, p. 51.)
- Calvé.** — Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie, greffée sur une déformation caractérisée de l'extrémité supérieure du fémur.
- Coste.** — De l'ostéo-arthrite tuberculeuse compliquant la luxation congénitale de la hanche. (*Thèse Lyon* 1899-1900).
- Caubet.** — L'ostéomyélite de la hanche, en particulier chez l'enfant. (*Gazette des Hôpitaux*, 1907, N° 17 et 20.)
- Delanglade.** — *Thèse de Paris* 1896.
- Denucé et Bergonié.** — Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie, Rouen 1904.
- Derscheid-Delcourt.** — *Journal médical de Bruxelles*, 19 décembre 1901, page 725.
- Dupré.** — *Thèse de Paris* 1891.
- Dubreuil.** Des accidents douloureux dans la luxation congénitale de la hanche, (*Revue d'orthopédie*, 1890).
- De quelques complications de la luxation congénitale de la hanche (*Gazette de Montpellier*, 1884, page 493.)
- Frœlich.** — Les résultats éloignés dans le traitement des luxations congénitales de la hanche par les réductions non sanglantes. (3^e réunion de la Société française d'orthopédie, Strasbourg, 5 octobre 1921).

- Gangolphe.** — *Traité de Chirurgie*. Le Dentu et Delbet, T. III.
- Fromme (A.) (de Gottingen).** — Sur l'ostéochondrite de la hanche et son identité avec l'arthrite déformante de la hanche. (*Zentralbl. für chirurgie*, 5 février 1921, N° 5 page 154).
- Hoffa.** — *Traité d'orthopédie*.
- Jaugeas.** — *Précis de radio-diagnostic*.
- Joüon.** — *Thèse de Paris* 1901.
- *Congrès national périodique de gynécologie, obstétrique et Pédiatrie* 4^e session (Rouen, avril 1904).
- *Gazette médicale de Nantes* (1908)
- Kirmisson.** — *Revue d'Orthopédie* (Janvier 1919).
- Des luxations consécutives à l'ostéomyélite de la hanche dès la première enfance. (*Revue d'orthopédie* 1980, N° 1).
- Krausse.** — Deux cas d'arthrite suppurée dans les articulations coxo-fémorales avec luxation congénitale. (18^e *Congrès de chirurgie allemand*).
- Lauvinerie.** — *Thèse de Paris* 1900.
- Lannelongue.** — *Coxo-tuberculose*.
- Lamy.** — De la coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche (*Revue d'orthopédie*, 1909).
- Lehérissay.** — De quelques complications tardives après la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche. (*Thèse de Paris* 1911).
- Morel.** — Coxa vara venant compliquer la luxation congénitale de la hanche. (*Thèse Lyon* 1907).
- Mouchet (A.)** — Ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur (*Revue d'orthopédie* 28^e année N° 2, février 1921).
- Mérine.** — *Thèse de doctorat*, Paris 1919.
- Nové-Josserand et Perrin.** — Les luxations vraies au cours de la coxalgie (*Revue d'orthopédie*, 1909, 2^e série, page 221).
- Papin.** — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche à la Clinique chirurgicale infantile et orthopédique de l'Université de Bordeaux (Prof. Dénucé). *Thèse de Bordeaux* 1919).
- Philip (Paul).** — Contribution à l'étude des luxations pathologiques compliquant l'ostéomyélite de la hanche chez le nourrisson (*Thèse de Bordeaux* 1920).

- Philbert.** — Aspect radiographique de la syphilis héréditaire, tuberculose et ostéomyélite diaphysaire des os longs chez l'enfant (*Thèse de Paris* 1912).
- Raillet.** Sur les pyarthrites aiguës des nourrissons (*Revue d'orthopédie* Tome C, 2^e série, page 165).
- Rocher.** — *Société d'Anatomie et de Physiologie normale et pathologique de Bordeaux* (23 juillet 1906).
- Rouvier.** — *Bulletin de la société de Chirurgie* 1858-1859.
- Royal-Whitman.** — *A. Treatise on orthopædic surgery*, 1917.
- Savariaud.** — Les fausses coxalgies, les fausses luxations, la coxa vara des enfants et des adolescents (*Journal de médecine de Paris*, 21 mars 1914.)
- Weder.** — de Christiania. — Etiologie et pathogénie de la maladie de Calvé Perthes. (*Zentralbl. für chir.* (5 février 1932, N° 5, p. 153)
-

